

DEBERÁ SER RELLENADO POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O GINECÓLOGO DEL SPS

D./ Dña. _____, médico colegiado núm _____

que desempeña su trabajo en el Centro de Salud / Centro de especialidades u Hospital: _____

INFORMA QUE: Dña. _____ se encuentra en situación de embarazo.

SITUACIÓN DE EMBARAZO

Edad gestacional (en semanas) _____ Fecha probable del parto _____ / _____ / 20__

a) SI presenta alguna patología obstétrica o asociada a su embarazo (por ejemplo):

- Hiperemesis gravídica
- Mareos matutinos en fase aguda
- Anemia con Hb < 9g / dl
- Amenaza de aborto
- Placenta previa
- Amenaza de parto prematuro
- Preeclamsia: edema gestacional severo, proteinuria severa, HTA...
- Diabetes gestacional
- Crecimiento intrauterino retardado
- Lumbalgia aguda
- Embarazo múltiple con riesgo
- Fecundación in vitro
- Agravamiento de enfermedades previas
- Otras... _____

b) NO presenta ninguna patología obstétrica ni de ningún otro tipo que complique su embarazo

En: _____, a _____ de _____ de 20__

Firma y Sello